

0.a. Objectif

Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

0.b. Cible

Cible 3.8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et à coût abordable

0.c. Indicateur

Indicateur 3.8.1 : Couverture des services de santé essentiels

0.e. Mise à jour des métadonnées

2021-12-20

0.f. Indicateurs connexes

L'indice de couverture des services de santé est conçu pour résumer les indicateurs existants de la couverture des services de santé afin d'assurer l'uniformité avec les ODD et d'autres initiatives mondiales et de réduire les doublons et le fardeau de déclaration. À l'heure actuelle, deux autres indicateurs des ODD sont inclus dans l'indice (3.a.1 et 3.d.1).

L'indicateur 3.8.1 doit toujours être interprété avec l'autre indicateur de couverture sanitaire universelle des ODD, 3.8.2, qui mesure la protection financière.

0.g. Organisation(s) internationale(s) responsable(s) de la surveillance mondiale

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

1.a. Organisation

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

2.a. Définition et concepts

Définition :

La couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels basée sur des interventions de traçage qui incluent la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et la capacité et l'accès aux services, parmi la population générale et la population la plus défavorisée).

L'indicateur est un indice rapporté sur une échelle sans unité, de 0 à 100, qui est calculé comme la moyenne géométrique de 14 indicateurs traceurs de la couverture des services de santé.

Concepts :

L'indice de la couverture des services de santé est calculé comme la moyenne géométrique de 14 indicateurs traceurs. Les 14 indicateurs sont énumérés ci-dessous et des métadonnées détaillées pour chacun des composants sont données à l'annexe 1. Les indicateurs traceurs sont les suivants, organisés par quatre grandes catégories de couverture des services :

I. Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

1. Planification familiale : Pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) mariées ou en union libre qui ont besoin d'une planification familiale satisfaite par des méthodes modernes

2. Soins de grossesse et d'accouchement : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché (naissance vivante) au cours d'une période donnée et qui ont reçu des soins prénatals quatre fois ou plus

3. Vaccination des enfants : Pourcentage de nourrissons recevant trois doses du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche

4. Traitement de l'enfant : Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qu'on considère atteints d'une pneumonie (toux et respiration difficile NON en raison d'un problème dans la poitrine et d'un nez obstrué) dans les deux semaines précédant l'enquête et qui ont été amenés dans un établissement ou fournisseur de santé approprié

II. Maladies infectieuses

5. Tuberculose : Pourcentage de cas de tuberculose détectés et traités

6. VIH/sida : Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral

7. Malaria (paludisme) : Pourcentage de la population dans les zones où le paludisme est endémique qui dormait sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente (seulement pour les pays où le fardeau de paludisme est élevé)

8. Eau et système sanitaire : Pourcentage de ménages utilisant au moins des installations sanitaires de base

III. Maladies non transmissibles

9. Hypertension : Prévalence normalisée selon l'âge de la tension artérielle non élevée (tension artérielle systolique <140 mm Hg ou tension artérielle diastolique <90 mm Hg) chez les adultes âgés de 18 ans ou plus

10. Diabète : Glucose plasmatique moyen à jeun normalisé par âge (mmol/L) pour les adultes âgés de 18 ans ou plus

11. Tabac : Prévalence normalisée selon l'âge des adultes d'au moins 15 ans n'ayant pas fumé de tabac au cours des 30 derniers jours (indicateur des ODD 3.a.1, métadonnées (en anglais) disponibles [ici](#))

IV. Capacité de service et accès

12. Accès à l'hôpital : Lits d'hôpital par habitant, par rapport à un seuil maximum de 18 pour 10 000 habitants

13. Personnel de santé : Professionnels de la santé (médecins, psychiatres et chirurgiens) par habitant, par rapport aux seuils maximaux pour chaque groupe (chevauchement partiel avec l'indicateur des ODD 3.c.1, métadonnées (en anglais) disponibles [ici](#))

14. Sécurité sanitaire : Indice de capacité de base du Règlement sanitaire international (RSI), qui est le pourcentage moyen d'attributs de 13 capacités de base qui ont été atteintes (indicateur des ODD 3.d.1, métadonnées (en anglais) disponibles [ici](#))

2.b. Unité de mesure

Indice (sans unité, de 0 à 100)

2.c. Classifications

Sans objet

3.a. Sources de données

Bon nombre des indicateurs traceurs de la couverture des services de santé sont mesurés par des enquêtes auprès des ménages. Cependant, les données administratives, les données des établissements, les enquêtes sur les établissements et les systèmes de surveillance sentinelle sont utilisés pour certains indicateurs. Les sources de données sous-jacentes pour chacun des 14 indicateurs traceurs sont expliquées plus en détail à l'annexe 1.

En termes de valeurs utilisées pour calculer l'indice, les valeurs sont tirées de sources publiées existantes. Cela comprend des ensembles de données assemblés et des estimations de diverses agences des Nations Unies. Ceci est résumé dans le lien ci-dessus.

3.b. Méthode de collecte des données

Les mécanismes de collecte de données auprès des pays varient d'un pays à l'autre, mais dans de nombreux cas, une agence des Nations Unies ou un groupe interinstitutions a rassemblé et analysé des sources de données nationales pertinentes, puis a mené une consultation officielle auprès des gouvernements nationaux pour examiner ou produire des estimations comparables par pays. Pour l'indice de couverture des services de santé, une fois que ces informations existantes sur les 14 indicateurs traceurs sont rassemblées, l'OMS mène une consultation nationale avec les points focaux proposés par les gouvernements nationaux pour examiner les intrants et le calcul de l'indice. L'OMS n'entreprend pas de nouvelles activités d'estimation pour produire des valeurs d'indicateurs traceurs pour l'indice de couverture des services; l'indice est plutôt conçu pour utiliser les séries de données d'indicateurs existantes et bien établies afin de réduire le fardeau de déclaration.

3.c. Calendrier de collecte des données

La collecte de données varie de 1 à 5 ans selon les indicateurs de suivi. Par exemple, les données nationales sur la vaccination et le traitement du VIH sont communiquées chaque année, tandis que des enquêtes auprès des ménages pour recueillir des informations sur le traitement des enfants peuvent avoir lieu tous les 3 à 5 ans, selon le pays. De plus amples détails sur les indicateurs traceurs individuels sont disponibles à l'annexe 1.

3.d. Calendrier de diffusion des données

La première diffusion des valeurs de référence de l'indice de couverture des services de la couverture sanitaire universelle a eu lieu en décembre 2017. Des mises à jour sont publiées tous les deux ans.

3.e. Fournisseurs de données

Dans la plupart des cas, les ministères de la santé et les bureaux nationaux de statistique supervisent la collecte de données et les rapports sur les indicateurs de couverture des services de santé.

3.f. Compilateurs des données

L'Organisation mondiale de la Santé, en s'appuyant sur les contributions d'autres organismes internationaux.

4.a. Justification

L'objectif 3.8 est défini comme « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et à coût abordable ». La préoccupation est liée au fait que toutes les personnes et toutes les communautés doivent recevoir les services de santé de qualité dont elles ont besoin (y compris les médicaments et autres produits de santé), sans difficultés financières. Deux indicateurs ont été choisis pour surveiller l'objectif 3.8 dans le cadre des ODD. L'indicateur 3.8.1 porte sur la couverture des services de santé et l'indicateur 3.8.2 met l'accent sur les dépenses de santé par rapport au budget d'un ménage afin d'identifier les difficultés financières causées par les paiements directs de soins de santé. Pris dans leur ensemble, les indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 visent à saisir les dimensions de la couverture des services et de la protection financière, respectivement, de l'objectif 3.8. Ces deux indicateurs doivent toujours être surveillés conjointement.

Les pays fournissent de nombreux services essentiels pour la protection de la santé, la promotion, la prévention, le traitement et les soins. Les indicateurs de la couverture des services – définis comme les personnes qui reçoivent le service dont elles ont besoin – sont le meilleur moyen de suivre les progrès réalisés dans la prestation de services dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU). Étant donné qu'un seul indicateur des services de santé ne suffit pas pour la surveillance de la CSU, un indice est construit à partir de 14 indicateurs traceurs sélectionnés en fonction de critères épidémiologiques et statistiques. Cela comprend plusieurs indicateurs qui sont déjà inclus dans d'autres cibles des ODD, réduisant ainsi au minimum le fardeau de la collecte et de la production de rapports de données. L'indice est rapporté sur une échelle unitaire de 0 à 100, 100 étant la valeur optimale.

4.b. Commentaires et limites

Ces indicateurs traceurs sont censés indiquer la couverture des services, et non une liste complète ou exhaustive des services de santé et des interventions nécessaires à la couverture sanitaire universelle. Les 14 indicateurs traceurs ont été sélectionnés parce qu'ils sont bien établis, et les données disponibles sont largement déclarées par les pays (ou devraient bientôt être largement disponibles). Par conséquent, l'indice peut être calculé avec les sources de données existantes et ne nécessite pas d'entreprendre de nouveaux efforts de collecte de données uniquement pour compléter l'indice.

4.c. Méthode de calcul

L'indice est calculé avec des moyennes géométriques, basées sur les méthodes utilisées pour l'indice de développement humain. Le calcul de l'indicateur 3.8.1 nécessite d'abord de préparer les 14 indicateurs traceurs afin qu'ils puissent être combinés dans l'indice, puis de calculer l'indice à partir de ces valeurs.

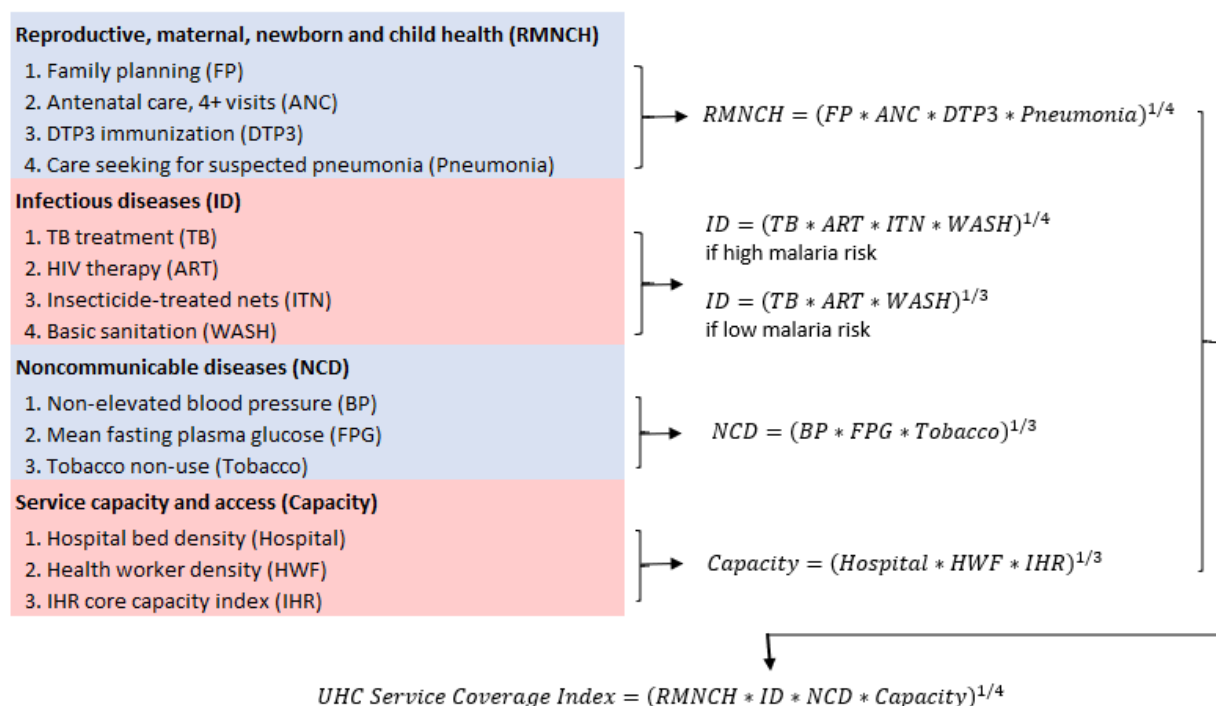
Les 14 indicateurs traceurs sont d'abord placés sur la même échelle, 0 étant la valeur la plus basse et 100 étant la valeur optimale. Pour la plupart des indicateurs, cette échelle est l'échelle naturelle de mesure, par exemple, le pourcentage de nourrissons vaccinés varie de 0 à 100%. Toutefois, pour quelques indicateurs, un changement d'échelle supplémentaire est nécessaire pour obtenir des valeurs appropriées de 0 à 100, comme suit :

- Changement d'échelle basé sur un minimum non nul pour obtenir une résolution plus fine (ceci « étire » la répartition entre les pays) : la prévalence de la pression artérielle non élevée et la prévalence de la non-consommation de tabac sont toutes deux modifiées en utilisant une valeur minimale de 50%.
 - valeur modifiée = $(X-50)/(100-50)*100$
- Changement d'échelle pour une mesure continue : le glucose plasmatique à jeun moyen, qui est une mesure continue (unités de mmol/L), est converti en une échelle de 0 à 100 en utilisant le risque biologique théorique minimum (5,1 mmol/L) et le maximum observé dans tous les pays (7,1 mmol/L).
 - valeur modifiée = $(7,1 - \text{valeur originale})/(7,1-5,1)*100$
- Seuils maximaux pour les indicateurs de taux : la densité des lits d'hôpital et la densité du personnel de santé sont tous deux plafonnés à des seuils maximaux, et les valeurs supérieures à ces seuils sont

maintenues constantes à 100. Ces seuils sont basés sur les valeurs minimales observées dans les pays de l'OCDE. Les valeurs modifiées sont les suivantes pour chaque indicateur :

- lits d'hôpital pour 10 000 habitants = minimum (100, valeur originale / 18*100)
- médecins pour 1 000 habitants = minimum (100, valeur originale / 0,9*100)
- psychiatres pour 100 000 habitants = minimum (100, valeur originale / 1*100)
- chirurgiens pour 100 000 habitants = minimum (100, valeur originale / 14*100)

Une fois que toutes les valeurs des indicateurs traceurs sont sur une échelle de 0 à 100, les moyennes géométriques sont calculées dans chacun des quatre domaines des services de santé, puis une moyenne géométrique est calculée à partir de ces quatre valeurs. Si la valeur d'un indicateur traceur est nulle, il est mis à 1 (sur 100) avant de calculer la moyenne géométrique. Le diagramme suivant illustre les calculs.



Il faut noter que pour les pays avec un bas fardeau de paludisme, l'indicateur traceur pour l'utilisation d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide est retiré du calcul.

4.e. Ajustements

Sans objet

4.f. Traitement des valeurs manquantes (i) au niveau national et (ii) au niveau régional

• Au niveau national :

Le point de départ pour calculer l'indice est d'assembler les informations existantes pour chaque indicateur traceur. Dans de nombreux cas, il s'agit d'utiliser des séries chronologiques par pays qui ont été produites ou rassemblées par les agences des Nations Unies en consultation avec les gouvernements nationaux (p. ex., couverture vaccinale, accès à un système sanitaire, couverture du traitement du VIH, etc.). Certaines de ces séries chronologiques publiées impliquent une modélisation mathématique pour réconcilier plusieurs sources de données ou imputer les valeurs manquantes, et ces détails sont résumés à l'annexe 1.

Après avoir rassemblé ces intrants, il manque encore des valeurs pour certaines années par pays pour certains indicateurs. Le calcul de l'indice de couverture des services pour la CSU nécessite des valeurs pour chaque

indicateur traceur pour un pays, de sorte qu'une certaine imputation est nécessaire pour combler ces lacunes de données. L'approche actuelle implique un algorithme d'imputation simple. Pour chaque indicateur :

- Si un pays a des valeurs manquantes entre deux années pour lesquelles on a des valeurs, l'interpolation linéaire est utilisée pour remplir les valeurs manquantes pour les années intermédiaires
- Si un pays a des valeurs historiques, mais aucune valeur actuelle, l'extrapolation constante est utilisée pour remplir les valeurs manquantes de l'année en cours
- Si un pays n'a pas de valeurs, une valeur est imputée. Pour la recherche de soins et la densité des chirurgiens en cas de pneumonie, une régression convient pour imputer les valeurs manquantes (voir l'annexe 1 pour plus de détails). Pour tous les autres indicateurs, une médiane régionale est calculée pour imputer les valeurs manquantes. Les régions sont basées sur les régions géographiques de la Banque mondiale, avec un groupe distinct pour les pays traditionnellement à revenu élevé

Compte tenu du calendrier et de la distribution de diverses enquêtes sur la santé et d'autres mécanismes de collecte de données, les pays ne recueillent pas et ne font pas rapport sur les 14 indicateurs traceurs de la couverture des services de santé sur une base annuelle. En outre, la surveillance au niveau des pays se fait le mieux à des intervalles de temps plus larges, par exemple tous les cinq ans, afin de permettre la collecte de nouvelles données entre les indicateurs. Par conséquent, la mesure dans laquelle l'imputation a été utilisée pour imputer les valeurs manquantes doit être déclarée avec la valeur de l'indice.

- **Aux niveaux régional et mondial :**

Toute imputation nécessaire se fait au niveau des pays. Ces valeurs nationales peuvent ensuite être utilisées pour calculer les valeurs régionales et mondiales.

4.g. Agrégations régionales

Les agrégats régionaux et mondiaux utilisent les estimations de la population des Nations Unies au niveau des pays pour calculer une moyenne pondérée des valeurs nationales pour l'indice. Cela est justifié parce que la CSU est une propriété des pays et que l'indice des services essentiels est une mesure sommaire de l'accès aux services essentiels pour la population de chaque pays. Les estimations de la population des Nations Unies au niveau des pays sont utilisées pour assurer la cohérence et la comparabilité des estimations au sein des pays et entre les pays au fil du temps.

5. Disponibilité des données et désagrégation

Disponibilité des données :

Résumer la disponibilité des données pour l'indice de couverture des services de CSU n'est pas simple, car différentes sources de données sont utilisées pour les 14 indicateurs traceurs. En outre, pour de nombreux indicateurs, des estimations comparables ont été produites, dans de nombreux cas en s'appuyant sur différents types de sources de données sous-jacentes pour éclairer les estimations tout en utilisant également des projections pour imputer les valeurs manquantes.

Séries chronologiques :

Une valeur de référence de l'indice de couverture des services de CSU pour 2015 dans 183 pays a été publiée fin 2017. Dans le cadre de ce processus, des sources de données remontant à 2000 ont été rassemblées. En 2019, l'indice de couverture des services de CSU a été estimé pour les années 2000, 2005, 2010, 2015 et 2017. En 2021, l'indice a été estimé pour toutes les années de 2000 à 2019 et pour tous les pays.

Désagrégation :

L'équité est au cœur de la définition de la CSU, et par conséquent, l'indice de couverture des services de CSU devrait être utilisé pour communiquer des informations sur les inégalités de couverture des services dans les pays. Cela peut être fait en présentant l'indice séparément pour la population nationale par rapport aux populations défavorisées afin de mettre en évidence les différences entre elles.

Pour les pays, l'emplacement géographique est probablement la dimension la plus réalisable pour la désagrégation infranationale basée sur les niveaux de couverture moyens mesurés avec les sources de données existantes. Pour ce faire, l'indice de CSU peut être calculé séparément, par exemple, par province ou résidence urbaine vs rurale, ce qui permettrait des comparaisons infranationales de la couverture des services. À l'heure actuelle, les données les plus facilement disponibles pour la ventilation sur d'autres dimensions de l'inégalité, telles que la richesse des ménages, concernent les indicateurs de couverture dans la catégorie des services de santé génésique, maternelle, néonatale et infantile. Les inégalités observées dans cette dimension peuvent être utilisées comme approximation pour comprendre les différences de couverture des services entre les dimensions clés de l'inégalité. Cette approche devrait être remplacée par une désagrégation complète des 14 indicateurs traceurs une fois que les données seront disponibles pour ce faire.

6. Comparabilité / Dérogation des normes internationales

Sources des divergences :

L'indice de couverture des services s'appuie sur des données et des estimations disponibles publiquement pour les indicateurs traceurs. Ces chiffres ont déjà fait l'objet d'un processus de consultation dans le pays (par exemple, pour la couverture vaccinale) ou sont tirés directement des données déclarées par le pays.

7. Références et documentation

(Toutes les références sont en anglais, à moins d'indication contraire)

URL : http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/

Références : Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle

<https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-17.2>

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(17\)30472-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(17)30472-2.pdf)

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/

Pour le développement historique de méthodes, consulter :

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_WHS2016_TechnicalNote_May2016.pdf?ua=1
(remplacé par le document)

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2014/en/

<http://collections.plos.org/uhc2014>

Annexe 1: Metadonnées pour les indicateurs traceurs utilisés pour mesurer la couverture des services de santé essentiels pour suivre l'indicateur des ODD 3.8.1.

Veuillez envoyer vos commentaires ou requêtes à l'adresse : uhc_stats@who.int

| | |
|----------------------------|---|
| Indicateur traceur | Planification familiale |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) mariées ou en union libre qui ont besoin d'une planification familiale satisfaite par des méthodes modernes. |
| | |

| | |
|--------------------------------|--|
| Numérateur | Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union libre, qui utilisent des méthodes modernes |
| Dénominateur | Nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union libre, qui ont besoin de planification familiale |
| Sources principales de données | Enquête de population sur la santé |
| Méthode de mesure | <p>Les enquêtes auprès des ménages comprennent une série de questions pour mesurer le taux de prévalence de la contraception moderne et la demande de planification familiale. La demande totale de planification familiale est définie comme la somme du nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui sont mariées ou en union libre et qui utilisent actuellement, ou dont le partenaire sexuel utilise actuellement, au moins une méthode contraceptive, et le besoin non satisfait de planification familiale. Le besoin non satisfait de planification familiale est la proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) mariées ou en union libre, qui sont fécondes et sexuellement actives mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception (moderne ou traditionnelle) et qui déclarent ne plus vouloir d'enfant ou vouloir retarder la naissance de leur prochain enfant d'au moins deux ans. Sont incluses :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. toutes les femmes enceintes (mariées ou en union libre) dont les grossesses étaient non désirées ou inopportunes au moment de la conception; 2. toutes les femmes en aménorrhée post-partum (mariées ou en union libre) qui n'utilisent pas la planification familiale et dont le dernier accouchement n'était pas désiré ou inopportun; 3. toutes les femmes fécondes (mariées ou en union libre) qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée post-partum, et qui soit ne veulent plus d'enfants (veulent limiter la taille de la famille), soit qui souhaitent reporter la naissance d'un enfant d'au moins deux ans ou ne savent pas quand ou si elles veulent un autre enfant (veulent espacer les naissances), mais n'utilisent aucune méthode contraceptive. <p>Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine et masculine, le dispositif intra-utérin (DIU), l'implant, les injectables, les pilules contraceptives orales, les préservatifs masculins et féminins, les méthodes de barrière vaginale (y compris le diaphragme, la cape cervicale et la mousse spermicide, la gelée, la crème et l'éponge), la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), la contraception d'urgence et d'autres méthodes modernes non déclarées séparément.</p> |
| Méthode d'estimation | <p>La Division de la population des Nations Unies produit une série systématique et complète d'estimations et de projections annuelles du pourcentage de la demande de planification familiale qui est satisfaite chez les femmes mariées ou en union libre. Un modèle hiérarchique bayésien combiné à des données spécifiques au pays est utilisé pour générer les estimations, les projections et les évaluations de l'incertitude à partir des données d'enquête. Le modèle tient compte des différences selon la source de données, l'échantillon de population et les méthodes contraceptives.</p> <p>Pour plus de détails, consulter :</p> <p>https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators</p> <p>Compilation de données d'enquêtes par pays sur l'utilisation mondiale de contraceptifs :</p> |

| | |
|--------------------------------|--|
| | https://www.un.org/development/desa/pd/node/3285 |
| Notes au sujet de la CSU | |
| Indicateur traceur | Soins de grossesse et d'accouchement |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché (naissance vivante) au cours d'une période donnée et qui ont reçu des soins prénatals quatre fois ou plus |
| Numérateur | Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché (naissance vivante) au cours d'une période donnée et qui ont reçu des soins prénatals quatre fois ou plus |
| Dénominateur | Nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché (naissance vivante) au cours de cette même période |
| Sources principales de données | Enquêtes auprès des ménages et système d'information de routine des établissements |
| Méthode de mesure | Les données sur quatre consultations prénatales ou plus sont basées sur des questions qui demandent si et combien de fois la santé de la femme a été contrôlée pendant la grossesse. Les enquêtes auprès des ménages qui peuvent générer cet indicateur comprennent les EDS, MICS, RHS et d'autres enquêtes basées sur des méthodologies similaires. Les systèmes de notification des services/établissements peuvent être utilisés là où la couverture est élevée, généralement dans les pays à revenu élevé. |
| Méthode d'estimation | L'OMS tient à jour une base de données sur la couverture des soins prénatals : http://apps.who.int/gho/data/node.main.ANTE NatalCARECOVERAGE4 |
| Notes au sujet de la CSU | Idéalement, cet indicateur devrait être remplacé par une mesure plus complète des soins pendant la grossesse et l'accouchement, par exemple la proportion de femmes qui ont un prestataire qualifié pour assister à l'accouchement ou à un accouchement en institution. Un défi dans la mesure de l'assistance qualifiée à l'accouchement consiste à déterminer quels prestataires sont « qualifiés ». |

| | |
|--------------------|-------------------------|
| Indicateur traceur | Vaccination des enfants |
|--------------------|-------------------------|

| | |
|--------------------------------|---|
| Définition de l'indicateur | Pourcentage de nourrissons recevant trois doses du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche |
| Numérateur | Nombre d'enfants de 1 an ayant reçu trois doses du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche |
| Dénominateur | Nombre total d'enfants de 1 an |
| Sources principales de données | Enquêtes auprès des ménages et système d'information de routine des établissements |
| Méthode de mesure | Pour les données d'enquête, le statut vaccinal des enfants âgés de 12 à 23 mois est recueilli à partir des carnets de santé de l'enfant ou, à défaut de carnet, à partir du rappel par la personne en charge de l'enfant. Pour les données administratives, le nombre total de doses administrées à la population cible est extrait. |
| Méthode d'estimation | <p>Ensemble, l'OMS et l'UNICEF dérivent des estimations de la couverture du DTC3 sur la base des données officiellement communiquées à l'OMS et à l'UNICEF par les États membres, ainsi que des données déclarées dans la littérature publiée et la littérature grise. Ils consultent également des experts locaux - principalement les responsables nationaux du Programme étendu de vaccination et le personnel des bureaux régionaux de l'OMS - pour obtenir des informations supplémentaires concernant la performance de services de vaccination locaux spécifiques. Sur la base des données disponibles, de la prise en compte des biais potentiels et des contributions d'experts locaux, l'OMS/UNICEF détermine le niveau réel le plus probable de couverture vaccinale.</p> <p>Pour plus de détails, consulter :</p> <p>http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-053819/en/</p> <p>http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index4.html</p> |
| Notes au sujet de la CSU | <p>Les calendriers nationaux de vaccination varient d'un pays à l'autre. Compte tenu de cela, une option pour surveiller la vaccination complète des enfants consiste à surveiller la fraction d'enfants recevant des vaccins inclus dans le calendrier national de leur pays. Une deuxième option, qui peut être plus comparable d'un pays à l'autre et dans le temps, consiste à surveiller la couverture par le DTC3 comme indicateur indirect de la vaccination complète des enfants. Le vaccin contenant la diphtérie, le tétanos et la coqueluche comprend souvent d'autres vaccins, par exemple contre l'hépatite B et l'<i>Haemophilus influenza</i> de type B, et constitue une mesure raisonnable à savoir s'il existe une plate-forme de distribution de vaccins robuste dans un pays.</p> |
| Indicateur traceur | Traitement de l'enfant (recherche de soins pour des symptômes de pneumonie) |

| | |
|--------------------------------|--|
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qu'on considère atteints d'une pneumonie (toux et respiration difficile NON en raison d'un problème dans la poitrine et d'un nez obstrué) dans les deux semaines précédant l'enquête et qui ont été amenés dans un établissement ou fournisseur de santé approprié. |
| Numérateur | Nombre d'enfants qu'on considère atteints d'une pneumonie dans les deux semaines précédant l'enquête et qui ont été amenés dans un établissement de santé approprié |
| Dénominateur | Nombre d'enfants qu'on considère atteints d'une pneumonie dans les deux semaines précédant l'enquête |
| Sources principales de données | Enquêtes auprès des ménages |
| Méthode de mesure | <p>Au cours de la réunion sur les indicateurs de survie de l'enfant basés sur les enquêtes, de UNICEF/OMS, tenue à New York, les 17 et 18 juin 2004, il a été recommandé que les infections respiratoires aiguës (IRA) soient décrites comme une « pneumonie présumée » afin de mieux refléter la cause probable et les interventions recommandées. La définition de la pneumonie présumée utilisée dans les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et dans les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) a été choisie par le groupe et est basée sur la perception des mères d'un enfant qui tousse, respire plus vite que d'habitude avec des respirations courtes et rapides ou ayant des difficultés à respirer, à l'exclusion des enfants qui n'avaient que le nez bouché. La définition du prestataire de soins « approprié » varie d'un pays à l'autre.</p> <p>L'OMS maintient une base de données d'observations au niveau des pays, à partir d'enquêtes auprès des ménages qui peut être consultée à l'adresse : http://apps.who.int/gho/data/node.main.38?lang=en</p> |
| Méthode d'estimation | Il n'existe actuellement aucune estimation comparable au niveau international pour cet indicateur. |
| Notes au sujet de la CSU | <p>Cet indicateur n'est généralement pas mesuré dans les pays à revenu élevé dotés de systèmes de santé bien établis.</p> <p>Pour les pays sans données observées, la couverture a été estimée à partir d'une régression qui prédit la couverture de la recherche de soins pour des symptômes de pneumonie (sur l'échelle logit), obtenue à partir de la base de données de l'OMS décrite ci-dessus, en fonction du log de l'estimation du taux de mortalité par pneumonie chez les moins de 5 ans, que vous pouvez trouver à l'adresse : https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html</p> |
| Indicateur traceur | Traitement pour la tuberculose |

| | |
|--------------------------------|--|
| Définition de l'indicateur | Pourcentage de cas de tuberculose détectés et traités dans une année donnée |
| Numérateur | Nombre de nouveaux cas et de cas de rechute détectés et traités dans une année donnée |
| Dénominateur | Nombre de nouveaux cas et de cas de rechute détectés au cours de cette même année |
| Sources principales de données | Systèmes d'information des établissements, systèmes de surveillance, enquêtes de santé basées sur la population avec tests de diagnostic de la tuberculose, registre de la tuberculose et système de notification trimestriel connexe (ou registres électroniques de la tuberculose) |
| Méthode de mesure | <p>Cet indicateur nécessite deux entrées principales :</p> <p>(1) Le nombre de nouveaux cas de tuberculose et de cas de rechute diagnostiqués et traités dans les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et déclarés à l'OMS au cours d'une année donnée .</p> <p>(2) Le nombre de cas de tuberculose pour la même année, généralement estimé par l'OMS .</p> <p>L'indicateur final = (1)/(2)</p> |
| Méthode d'estimation | <p>Les estimations de l'incidence de la tuberculose sont produites dans le cadre d'un processus consultatif et analytique dirigé par l'OMS et sont publiées chaque année. Ces estimations sont basées sur les notifications annuelles de cas, les évaluations de la qualité et de la couverture des données de notification de la tuberculose, les enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose et les informations provenant des systèmes d'enregistrement des décès (état civil). Les estimations de l'incidence pour chaque pays sont dérivées, en utilisant une ou plusieurs des approches suivantes en fonction des données disponibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. incidence = notifications de cas/proportion estimée de cas détectés; 2. incidence = prévalence/durée de la condition; 3. incidence = décès/proportion de cas qui résultent en décès. <p>Ces estimations de l'incidence de la tuberculose sont combinées avec les données déclarées par les pays sur le nombre de cas détectés et traités, et le pourcentage de cas traités avec succès, comme décrit ci-dessus. .</p> |
| Notes au sujet de la CSU | Pour calculer l'indicateur à l'aide des estimations de l'OMS, on peut accéder aux fichiers nécessaires à l'adresse : http://www.who.int/tb/country/data/download/en/ , et calculer l'indicateur comme étant = c_cdr |
| Indicateur | Traitement pour le VIH |

| | |
|--------------------------------|--|
| traceur | |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral |
| Numérateur | Nombre d'adultes et d'enfants qui recevaient un traitement antirétroviral à la fin de la période de référence |
| Dénominateur | Nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH pendant la même période |
| Sources principales de données | Systèmes de déclaration des établissements, sites de surveillance sentinelle, enquêtes basées sur la population |
| Méthode de mesure | <p>Numérateur: Le numérateur peut être généré en comptant le nombre d'adultes et d'enfants qui ont reçu une polythérapie antirétrovirale à la fin de la période de référence. Les données peuvent être recueillies à partir des registres de traitement antirétroviral des établissements ou des systèmes de gestion de l'approvisionnement en médicaments. Ceux-ci sont ensuite comptabilisés et transférés dans des rapports mensuels ou trimestriels transversaux qui peuvent ensuite être agrégés pour obtenir des totaux nationaux. Les patients recevant un traitement antirétroviral dans le secteur privé et le secteur public doivent être inclus dans le numérateur.</p> <p>Dénominateur: Les données sur le nombre de personnes infectées par le VIH peuvent provenir d'enquêtes basées sur la population ou, comme c'est souvent le cas en Afrique subsaharienne, de systèmes de surveillance basés sur des cliniques de soins prénatals.</p> |
| Méthode d'estimation | <p>Les estimations de la couverture du traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH pour 2000-2018 sont dérivées du cycle d'estimation 2019 de l'ONUSIDA.</p> <p>Pour estimer le nombre de personnes vivant avec le VIH au fil du temps dans les pays à forte charge, l'ONUSIDA, en collaboration avec les pays, utilise un modèle épidémique (Spectrum) qui combine les données de surveillance sur la prévalence avec le nombre actuel de patients recevant un traitement antirétroviral et des hypothèses sur l'histoire naturelle de l'évolution du VIH.</p> <p>Étant donné que le traitement antirétroviral est désormais recommandé pour toutes les personnes vivant avec le VIH, le suivi de la couverture de ce traitement est moins compliqué qu'auparavant, alors que seules les personnes présentant un certain niveau de gravité de la maladie étaient éligibles pour recevoir ce traitement.</p> <p>Les estimations de la couverture du traitement antirétroviral sont disponibles à l'adresse : http://aidsinfo.unaids.org/</p> |
| Notes au sujet de la CSU | Des estimations comparables de la couverture du traitement antirétroviral dans les pays à revenu élevé, en particulier les tendances temporelles, ne sont pas toujours disponibles . |

| | |
|--------------------------------|--|
| Indicateur traceur | Prévention du paludisme (malaria) |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage de la population dans les zones où le paludisme est endémique qui dormait sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente. |
| Numérateur | Nombre de personnes dans les zones où le paludisme est endémique qui dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide. |
| Dénominateur | Nombre total de personnes dans les zones où le paludisme est endémique. |
| Sources principales de données | Les données sur l'accès et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) par les ménages proviennent d'enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national telles que les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples et les enquêtes sur les indicateurs du paludisme. Les données sur le nombre de MII livrées par les fabricants aux pays sont compilées par « Milliner Global Associates », et les données sur le nombre de MII distribuées dans les pays sont communiquées par les programmes nationaux de lutte contre le paludisme. |
| Méthode de mesure | De nombreuses enquêtes nationales récentes rapportent le nombre de MII observées dans chaque ménage répondant. Les taux de possession peuvent être convertis en proportion de personnes dormant sous une MII en utilisant une relation linéaire entre l'accès et l'utilisation qui a été dérivée de 62 enquêtes qui recueillent des informations sur les deux indicateurs. |
| Méthode d'estimation | Des modèles mathématiques peuvent être utilisés pour combiner les données des enquêtes auprès des ménages sur l'accès et l'utilisation avec des informations sur les livraisons de MII par les fabricants et la distribution de MII par les programmes nationaux de lutte contre le paludisme afin de produire des estimations annuelles de la couverture en MII. L'OMS utilise cette approche en collaboration avec le « Malaria Atlas Project ». Les détails méthodologiques peuvent être trouvés dans l'annexe du Rapport mondial sur le paludisme 2015 : https://apps.who.int/iris/handle/10665/200018 . |
| Notes au sujet de la CSU | L'OMS produit des estimations comparables de la couverture en MII pour 40 pays fortement touchés. Pour les autres pays, la couverture en MII n'est pas incluse dans l'indice de couverture des services pour la CSU en raison des limites des données. |
| Indicateur traceur | Eau et système sanitaire |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage de ménages utilisant au moins des installations sanitaires de base |

| | |
|--------------------------------|--|
| Numérateur | Population vivant dans un ménage avec : chasse d'eau vers un réseau d'égouts, une fosse septique ou des latrines à fosse; latrine à fosse ventilée améliorée; latrines à fosse avec dalle; ou toilettes à compost. |
| Dénominateur | Population totale |
| Sources principales de données | Enquêtes auprès des ménages et recensements |
| Méthode de mesure | Les réponses au niveau du ménage, pondérées par la taille du ménage, sont utilisées pour calculer la couverture de la population. |
| Méthode d'estimation | <p>Le Programme conjoint de suivi OMS/UNICEF rassemble, examine et évalue les données nationales recueillies par les bureaux de statistique et d'autres institutions compétentes, y compris les autorités sectorielles. La régression linéaire est utilisée pour fournir des estimations de la population utilisant des installations sanitaires améliorées, ainsi que la proportion pratiquant la défécation à l'air libre. Des régressions sont également effectuées pour estimer la population utilisant des installations sanitaires améliorées reliées aux égouts et aux fosses septiques; celles-ci sont contraintes de ne pas dépasser les estimations du nombre total d'installations améliorées. La proportion de la population partageant des installations sanitaires avec et sans égouts est estimée en prenant une moyenne de toutes les données disponibles sur le partage provenant d'enquêtes et de recensements auprès des ménages. Les services sanitaires de base sont calculés en multipliant la proportion de la population utilisant des installations sanitaires améliorées par la proportion d'installations sanitaires améliorées qui ne sont pas partagées entre deux ménages ou plus. Des estimations distinctes sont faites pour les zones urbaines et rurales, et les estimations nationales sont générées sous forme de moyennes pondérées des deux, en utilisant les données démographiques du rapport le plus récent de la Division de la population des Nations Unies. L'enquête auprès des ménages ou le recensement le plus récent disponible pour la plupart des pays a généralement été réalisé il y a deux à six ans. Le Programme conjoint extrapole les régressions sur deux ans au-delà du dernier point de données disponible. Au-delà de ce point, les estimations restent inchangées jusqu'à quatre ans, sauf si la couverture est inférieure à 0,5 % ou supérieure à 99,5 %, auquel cas la limite est prolongée indéfiniment. Pour plus d'informations, consulter https://washdata.org/monitoring/methods/estimation-methods</p> |
| Notes au sujet de la CSU | L'indicateur ODD au sujet de système sanitaire (ODD 6.2.1) est une version élargie de l'indicateur OMD, intégrant la qualité des installations d'assainissement. Il n'est pas pour la surveillance de la CSU en raison de la faible disponibilité des données. Un indicateur conjoint qui identifie la proportion de ménages ayant accès à la fois à l'eau potable et à un système sanitaire pourrait également être envisagé. |
| Indicateur traceur | Prévention de maladie cardiovasculaire |
| | |

| | |
|--------------------------------|--|
| Définition de l'indicateur | Prévalence normalisée selon l'âge de la tension artérielle normale chez les adultes âgés de 18 ans ou plus, quel que soit le statut du traitement |
| Numérateur | Nombre d'adultes âgés de 18 ans ou plus avec une tension artérielle systolique < 140 mm Hg ou tension artérielle diastolique < 90 mm Hg (quel que soit le statut du traitement) |
| Dénominateur | Nombre d'adultes âgés de 18 ans ou plus |
| Sources principales de données | Enquêtes basées sur la population et systèmes de surveillance |
| Méthode de mesure | Les sources de données enregistrant la tension artérielle mesurée sont utilisées (les données autodéclarées sont exclues). Si plusieurs lectures de tension artérielle sont prises par participant, la première lecture est abandonnée et on fait la moyenne des lectures restantes. |
| Méthode d'estimation | Pour produire des estimations nationales comparables, les données d'observation de la prévalence définies en termes de seuils alternatifs de tension artérielle systolique et/ou diastolique sont converties en prévalence de l'hypertension artérielle, soit une tension artérielle systolique > 140 mm Hg ou une tension artérielle diastolique > 90 mm Hg, à l'aide d'équations de régression. Un modèle hiérarchique bayésien est ensuite ajusté à ces données pour calculer les prévalences spécifiques par âge-sexe-année-pays, qui tient compte des sources de données nationales par rapport aux sources de données infranationales, des sources de données urbaines par rapport aux rurales, et permet une variation de la prévalence selon l'âge et le sexe. Des estimations normalisées selon l'âge sont ensuite produites en appliquant les estimations brutes à la population type de l'OMS. Les détails sur les méthodes statistiques sont à l'adresse : https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736(21)01330-1/fulltext |
| Notes au sujet de la CSU | <p>Les estimations de prévalence sont converties en prévalence de tension artérielle normale pour être incorporées dans l'indice de la CSU, de sorte qu'une valeur de 100 % soit la cible optimale. Ceci est calculé comme suit : prévalence de la tension artérielle normale = 1 – prévalence de la tension artérielle élevée. Les estimations ci-dessus sont faites séparément pour les hommes et les femmes; pour l'indicateur traceur de la CSU, une simple moyenne des valeurs pour les hommes et les femmes est calculée.</p> <p>La tension artérielle normale est la somme du pourcentage de personnes qui ne souffrent pas d'hypertension et du pourcentage de personnes dont l'hypertension est contrôlée par des médicaments. L'absence d'hypertension est le résultat d'efforts de prévention via la promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine, ainsi que d'autres facteurs. L'hypertension contrôlée par des médicaments est le résultat d'un traitement efficace. Cet indicateur est donc un indicateur indirect de l'efficacité de la promotion de la santé et de l'efficacité des services médicaux.</p> |
| Indicateur traceur | Gestion du diabète |

| | |
|--------------------------------|--|
| Définition de l'indicateur | Glucose plasmatique moyen à jeun normalisé par âge pour les adultes âgés de 18 ans ou plus |
| Sources principales de données | Enquêtes basées sur la population et systèmes de surveillance |
| Méthode de mesure | Les niveaux de glucose plasmatique à jeun sont déterminés en prélevant un échantillon de sang de participants qui ont jeûné pendant au moins 8 heures. D'autres biomarqueurs apparentés, tels que l'hémoglobine A1c (HbA1c), ont été utilisés pour aider à calculer les estimations (voir ci-dessous). |
| Méthode d'estimation | Pour produire des estimations nationales comparables, les observations de données basées sur le glucose plasmatique à jeun moyen, le test de tolérance au glucose oral (OGTT), l'HbA1c ou leurs combinaisons sont toutes converties en glucose plasmatique à jeun moyen. Un modèle hiérarchique bayésien est ensuite ajusté à ces données pour calculer les prévalences spécifiques par âge-sexe-année-pays, qui tient compte des sources de données nationales par rapport aux sources de données infranationales, des sources de données urbaines par rapport aux rurales, et permet une variation de la prévalence selon l'âge et le sexe. Des estimations normalisées selon l'âge sont ensuite produites en appliquant les estimations brutes à la population type de l'OMS. Les détails méthodologiques peuvent être trouvés dans le Rapport mondial sur le diabète à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254648/9789242565256-fre.pdf?sequence=1 |
| Notes au sujet de la CSU | <p>Le glucose plasmatique à jeun d'un individu peut être faible en raison d'un traitement efficace avec des médicaments hypoglycémifiants, ou parce que l'individu n'est pas diabétique en raison d'activités de promotion de la santé ou d'autres facteurs tels que la génétique. Le glucose plasmatique à jeun moyen est donc un indicateur à la fois de la promotion efficace d'une alimentation et de comportements sains et d'un traitement efficace du diabète.</p> <p>Les estimations ci-dessus sont produites séparément pour les hommes et les femmes; pour l'indicateur traceur de la CSU, une simple moyenne des valeurs pour les hommes et les femmes est calculée.</p> |
| Indicateur traceur | Contrôle du tabac |
| Définition de l'indicateur | Prévalence normalisée selon l'âge des adultes d'au moins 15 ans n'ayant pas fumé de tabac au cours des 30 derniers jours |
| Numérateur | Nombre d'adultes d'au moins 15 ans n'ayant pas fumé de tabac au cours des 30 derniers jours |
| | |

| | |
|--------------------------------|---|
| Dénominateur | Nombre d'adultes d'au moins 15 ans |
| Sources principales de données | Enquêtes auprès des ménages |
| Méthode de mesure | Les produits du tabac comprennent les cigarettes, les pipes, les cigares, les cigarillos, les pipes à eau (narguilé, chicha), les bidis, le kretek, les produits du tabac chauffés et toutes les formes de tabac sans fumée (oral et nasal). Les produits du tabac excluent les e-cigarettes (qui ne contiennent pas de tabac), les « e-cigares », les « e-narguilés », les JUUL et les « e-pipes ». |
| Méthode d'estimation | Un modèle statistique basé sur une méta-régression binomiale négative bayésienne est utilisé pour modéliser la prévalence de la consommation actuelle de tabac pour chaque pays, séparément pour les hommes et les femmes. Une description complète de la méthode est disponible dans un article évalué par des pairs dans The Lancet, volume 385, n° 9972, p966-976 (2015). Une fois que les taux de prévalence par âge et par sexe des enquêtes nationales ont été compilés dans un ensemble de données, le modèle a été adapté pour calculer les estimations de tendance de l'année 2000 à 2025. Le modèle comporte deux composantes principales : (a) ajustement pour les indicateurs manquants et groupes d'âge, et (b) générer une estimation des tendances dans le temps ainsi que l'intervalle de confiance à 95 % autour de l'estimation. Selon l'intégralité/l'exhaustivité des données d'enquête d'un pays en particulier, le modèle utilise parfois des données d'autres pays pour combler les lacunes en matière d'information. Lorsqu'un pays a réalisé moins de deux enquêtes nationales représentatives de la population au cours d'années différentes, aucune tentative n'est faite pour combler les lacunes dans les données et aucune estimation n'est calculée. Pour combler les lacunes dans les données, les informations sont « empruntées » aux pays de la même sous-région des Nations Unies. Les lignes de tendance résultantes sont utilisées pour dériver des estimations pour des années individuelles, de sorte qu'un nombre peut être rapporté même si le pays n'a pas mené d'enquête cette année-là. Afin de rendre les résultats comparables entre les pays, les taux de prévalence sont normalisés selon l'âge par rapport à la population type de l'OMS. Les estimations pour les pays avec des enquêtes irrégulières ou de nombreuses lacunes dans les données auront de larges intervalles d'incertitude, et ces résultats doivent être interprétés avec prudence. |
| Notes au sujet de la CSU | La prévalence de ne pas fumer de tabac est calculée comme 1 moins la prévalence de fumer du tabac. |
| Indicateur traceur | Accès à l'hôpital |
| Indicator definition | Lits d'hôpital par habitant, par rapport à un seuil maximum de 18 pour 10 000 habitants |
| Numérateur | Nombre de lits d'hôpital (devrait exclure les lits pour le travail et pour l'accouchement) |
| | |

| | |
|--------------------------------|--|
| Dénominateur | Population totale |
| Sources principales de données | Systèmes administratifs / Système de déclaration des établissements de santé |
| Méthode de mesure | <p>Les systèmes administratifs des pays sont utilisés pour totaliser le nombre de lits d'hôpitaux, qui est divisé par la population totale estimée et multiplié par 10 000.</p> <p>Les bureaux régionaux de l'OMS et d'autres groupes recueillent des informations sur la densité nationale des lits d'hôpitaux, y compris les ressources en ligne suivantes :</p> <p>Observatoire régional de l'OMS « EMRO » : https://rho.emro.who.int/rhodata/node.main.A36</p> <p>Observatoire régional de l'OMS « AFRO » : http://www.aho.afro.who.int/en/data-statistics/hospital-beds-10-000-population</p> <p>Base de données de l'OMS « EURO European Health for All » : https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/</p> <p>OCDE: https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm</p> |
| Méthode d'estimation | <p>À partir des données disponibles, l'indicateur est calculé par rapport à une valeur seuil de 18 lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants. Ce seuil est inférieur au minimum observé pour les pays à revenu élevé de l'OCDE (depuis l'an 2000) de 20 pour 10 000 et tend à correspondre à un taux d'hospitalisation d'environ 5 pour 100 par an. Cet indicateur est conçu pour saisir les faibles niveaux de capacité hospitalière; le seuil maximal est utilisé parce que des densités de lits d'hôpitaux très élevées ne sont pas nécessaires à une utilisation efficace des ressources. L'indicateur est calculé comme suit, en utilisant les données nationales sur la densité des lits d'hôpitaux (x), ce qui donne des valeurs allant de 0 à 100 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pays avec une densité de lits d'hôpital $x < 18$ pour 10 000 habitants, par année, l'indicateur = $x / 18 * 100$. • Pays avec une densité de lits d'hôpital $x \geq 18$ pour 10 000 habitants, par année, l'indicateur = 100. |
| Notes au sujet de la CSU | Un autre indicateur pourrait être le taux d'hospitalisation des patients, par rapport à un seuil maximal. Cependant, cet indicateur n'est actuellement pas largement déclaré dans toutes les régions, en particulier dans la région africaine. Dans les pays où les lits d'hôpitaux par habitant et les taux d'hospitalisation sont disponibles, ils sont fortement corrélés. |
| Indicateur traceur | Personnel de santé |
| Définition de l'indicateur | Professionnels de la santé (médecins, psychiatres et chirurgiens) par habitant, par rapport aux seuils maximaux pour chaque groupe |

| | |
|--------------------------------|---|
| Numérateur | Nombre de médecins, psychiatres et chirurgiens |
| Dénominateur | Population totale |
| Sources principales de données | Base de données ou registre national du personnel de santé, idéalement associé à une évaluation régulière de l'exhaustivité à l'aide des données de recensement, des registres des associations professionnelles ou des recensements des établissements |
| Méthode de mesure | <p>La classification du personnel de santé est basée sur des critères d'enseignement et de formation professionnels, de réglementation des professions de santé et d'activités et de tâches professionnelles, c'est-à-dire un cadre de catégorisation des variables clés de la main-d'œuvre en fonction de caractéristiques communes. Le cadre de l'OMS s'inspire largement des dernières révisions des systèmes de classification normalisés au niveau international de l'Organisation internationale du travail (Classification internationale type des professions), de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (Classification internationale type de l'éducation) et de la Division de la statistique des Nations Unies (Classification internationale type par industrie, de toutes les branches d'activité économique). Les détails méthodologiques et les données peuvent être trouvés à l'adresse : http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/</p> <p>Les données proviennent des sources suivantes :</p> <p>Médecins : http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0020?lang=en</p> <p>Psychiatres : https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-17.2</p> <p>Chirurgiens : http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWF9?lang=en (ces données ont été complétées par des éditions antérieures de la base de données)</p> |
| Méthode d'estimation | <p>À l'aide des données disponibles, l'indicateur est calculé en rééchelonnant d'abord, séparément, les ratios de densité du personnel de santé pour chacun des trois groupes (médecins, psychiatres et chirurgiens) par rapport aux valeurs minimales observées dans les pays de l'OCDE depuis 2000, qui sont les suivantes : médecins = 0,9 pour 1 000, psychiatres = 1 pour 100 000 et chirurgiens = 14 pour 100 000. Cette remise à l'échelle est effectuée de la même manière que pour l'indicateur de densité de lits d'hôpitaux décrit ci-dessus, ce qui donne des valeurs d'indicateur allant de 0 à 100 pour chacun des trois groupes. Par exemple, en utilisant les données nationales sur les médecins pour 1 000 habitants (x), l'indicateur spécifique au groupe serait calculé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pays avec $x < 0,9$ pour 1 000 habitants, par année, l'indicateur spécifique à ce groupe = $x / 0,9 \times 100$. • Pays avec $x \geq 0,9$ pour 1 000 habitants, par année, l'indicateur spécifique à ce groupe = 100. <p>Dans une dernière étape, la moyenne géométrique des trois valeurs d'indicateur spécifique à chaque groupe est calculée pour obtenir l'indicateur final de la densité des effectifs de santé.</p> |
| Notes au sujet de la CSU | La catégorie « médecins » serait idéalement élargie pour inclure tous les « professionnels de la santé de base », tels que les infirmières et les sages-femmes. Cependant, il n'existe |

| | |
|--------------------------------|--|
| | aucune base de données internationalement comparable qui utilise des définitions cohérentes des principaux professionnels de la santé non médecins pour permettre des comparaisons précises entre les pays. |
| Indicateur traceur | Sécurité sanitaire |
| Définition de l'indicateur | <p>Indice de capacité de base du Règlement sanitaire international (RSI), qui est le pourcentage moyen d'attributs de 13 capacités de base qui ont été atteintes à un moment précis.</p> <p>Les 13 capacités de base sont : (1) Législation nationale, politique et financement; (2) Coordination et communication du correspondant national ; (3) Surveillance; (4) Réponse; (5) État de préparation; (6) Communication des risques; (7) Ressources humaines; (8) Laboratoire; (9) Points d'entrée; (10) Événements zoonotiques; (11) Sécurité alimentaire; (12) Événements chimiques; (13) Urgences radionucléaires.</p> |
| Numérateur | Nombre d'attributs atteints |
| Dénominateur | Nombre total d'attributs |
| Sources principales de données | Sondage auprès des informateurs clés |
| Méthode de mesure | Les informateurs clés rendent compte de la réalisation d'un ensemble d'attributs pour chacune des 13 capacités de base à l'aide d'un instrument standard de l'OMS. Cet instrument est basé sur une auto-évaluation et une auto-déclaration par l'État partie. Le questionnaire a été révisé en 2018 et a été utilisé pour les rapports en 2018 et 2019 avec le même format, différent du questionnaire utilisé pendant la période 2010-2017, il y a donc une limite pour la comparaison des scores des rapports entre la période 2010-2017 avec les rapports à partir de 2018. |
| Méthode d'estimation | Le score de chaque niveau d'indicateur est classé en pourcentage de performance sur l'échelle de « 1 à 5 », p. ex., pour un pays sélectionnant le niveau 3 pour l'indicateur 2.1, le niveau de l'indicateur sera exprimé comme suit : $\text{NIVEAU DE CAPACITÉ} = 3/5 \times 100 = 60\%$. Le niveau de capacité est exprimé comme la moyenne de tous les indicateurs. Si un pays sélectionne, p. ex., le niveau 3 pour l'indicateur 2.1 et le niveau 4 pour l'indicateur 2.2, le niveau d'indicateur pour 2.1 sera exprimé comme suit : $3/5 \times 100 = 60\%$, le niveau d'indicateur pour 2.2 sera exprimé comme suit : $4/5 \times 100 = 80\%$ et le niveau de capacité pour les deux sera exprimé comme suit: $(60+80)/2 = 70\%$. |
| Notes au sujet de la CSU | Les pays ont commencé à communiquer à l'OMS l'atteinte des capacités de base du RSI pour l'année 2010. Le premier score RSI disponible pour chaque pays est utilisé pour toutes les années 2000-2009. |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|